

 <p>Centre Hospitalier Lunéville</p> <p>HADALU Soigner à Domicile</p>	<p>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT MÉDICAL</p> <p>DU MÉDECIN TRAITANT</p> <p>POUR UNE HOSPITALISATION À DOMICILE DE SON PATIENT</p>
---	---

Je soussigné Dr

Accepte la prise en charge en hospitalisation à domicile dans le service de l'HADALU du Centre hospitalier de Lunéville

de M/Mme/Mlle.....

Accepte d'intervenir en tant que médecin traitant dans le cadre de l'hospitalisation à domicile à partir du.....

Accepte d'être contacté en tant que premier interlocuteur médical afin d'assurer la permanence de soin (week-ends, jours fériés, nuits) oui non

Date

Signature et cachet du médecin traitant